



Bez szans na poprawę przed końcem roku

Joanna Barańska

Czas nagli. Najpóźniej do końca września powinna być gotowa - opracowana przez rząd, przyjęta przez parlament, podpisana przez prezydenta - ustawa regulująca działanie systemu opieki zdrowotnej w przyszłym roku. Trzy miesiące, które pozostaną do końca roku, to czas niezbędny na reorganizację, przygotowanie do nowych działań, podpisanie nowych kontraktów, plus co najmniej miesiąc *vacatio legis*, niezbędnego przy tak poważnych aktach prawnych. Tymczasem służba zdrowia pogrąża się w coraz większym chaosie.

Ustępujący rząd Leszka Millera rzutem na taśmę zdążył zakończyć prace nad ustawą tuż przed swoją dymisją, ale projekt nie został nawet skierowany do Sejmu. W ten sposób problem został przerzucony na następców, co w obecnej sytuacji kryzysu rządowego trudno nazwać działaniem odpowiedzialnym. Rząd Marka Belki pełni swoje obowiązki, ale nie ma pełnego umocowania. Trudno zatem się dziwić, że ma inne priorytety niż naprawa służby zdrowia, zresztą - co przyznał Marek Belka w swoim exposé - nie bardzo jest co naprawiać.

- Zastaliśmy projekt, nad którym trzeba poważnie popracować. To nie jest ustawa naprawcza. Dajcie nam kilka tygodni - prosił urzędujący premier w trakcie debaty przed głosowaniem nad, przegranym zresztą, wotum zaufania dla rządu.

Projekt, który wyszedł z poprzedniego gabinetu, zawiera wady dyskwalifikujące go na

równi z powodu usterek prawnych identycznych z tymi, które spowodowały uchylenie obecnej ustawy przez Trybunał Konstytucyjny, jak i zwykłych, zdroworozsądkowych powodów. Prof. Cezary Włodarczyk, szef zespołu ekspertów powołanych przez byłego ministra zdrowia opracowujących nowe zasady, wręcz wyparł się go. - Nie poczuwam się do odpowiedzialności za nową ustawę - mówił profesor pod koniec kwietnia, zarzucając rządowi, że potraktował zespół jak Murzyna od czarnej roboty, a i tak kluczowe artykuły żywcem przepisał z ustawy starej.

Według nowych założeń NFZ nadal ma być instytucją centralną, której oddziały wojewódzkie będą miały niewielkie kompetencje. Tego akurat Trybunał Konstytucyjny nie zabronił. Podkreślając, że z Konstytucji nie można *implicite* wywieść kształtu systemu ochrony zdrowia. System ten jednak ma być efektywny, a nie iluzoryczny. Tymczasem zdaniem Konstantego Radziwiłła, prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, instytucja centralna chroniąca zdrowie nie sprawdza się. - Oddziały powinny być autonomiczne - potakuje były minister zdrowia senator Marek Balicki.

Trybunał w swoim wyroku wyraźnie nakazał określenie, do jakiego typu świadczeń zdrowotnych ubezpieczony ma prawo w zamian za swoją, nie tak małą przecież, składkę. Ustawa nie określa ani koszyka świadczeń gwarantowanych, ani świadczeń ponadstandardowych finansowanych ze środków wła-

snych pacjenta, ani nawet jednoznacznych kryteriów formalnych, według których następować będzie konkretne ustalanie zakresu należnych pacjentowi świadczeń w ramach odpowiedniej, ustalonej w ustawie, procedury - brzmiały ustne motywy wyroku TK. Tymczasem w nowym projekcie mamy podział pacjentów na ubezpieczonych i nieubezpieczonych o takim samym prawie do świadczeń. Po co więc w ogóle płacić składki? Świadczenia podzielono na trzy koszyki: gwarantowane bezpłatnie, rekomendowane za częściową odpłatnością i pozostałe, za które pacjent zapłaci w całości. Zaliczaniem poszczególnych usług do poszczególnych koszyków zajmie się Agencja Oceny Technologii Medycznych, ciało, którego do tej pory nie było. Stworzy to piękne pole do kumoterstwa, żeby nie powiedzieć - korupcji, a i tak może się zdarzyć, że pewna metoda leczenia w ogóle - czy to przez przeoczenie, czy ze złej woli - nie trafi do żadnego z koszyków, jeśli będą one stanowić katalogi zamknięte. Pacjent nie będzie leczony, bo nikt za to nie zapłaci. Podobny mechanizm korupcyjny może zadziałać w przypadku pacjenta, któremu nie pomogą starsze metody gwarantowane i powinien być leczony nowocześniejszymi, gwarantowanymi. Projektodawcy są zgodni, że w takim przypadku nie powinien dopłacać. Nietrudno sobie wyobrazić, że „dopłata“ zawędruje w kopercie do kieszeni lekarza, który zaświadczy, że chory nie reaguje na gwarantowane metody.

Nie rozwiązano problemu przetrzymywania pacjentów w szpitalach. Teraz zdarza się, że chory przebywa w szpitalu i miesiąc po to tylko, aby wykonano mu konkretne badania. W obecnym systemie rozliczeń z NFZ to się po prostu szpitalom opłaca. NFZ jednak konsekwentnie wymiguje się od odpowiedzi na pytanie o rozwiązanie.

Pytanie takie zgłosiliśmy Funduszowi na piśmie. Biuro prasowe uprzejmie odparło, że „ma ostatnio w bród roboty“ i zapewne nie uda mu się odpowiedzieć w terminie, ale zaprasza na konferencję prasową. Na konferencji i Prezes Lesław Abramowicz, i Wiceprezes ds. Medycznych Michał Kamiński pominęli pytanie milczeniem. Jakie wobec tego szanse na dowiedzenie się czegośkolwiek ma zwykły pacjent?

Ministerstwo Zdrowia przyznaje, że w obowiązującej jeszcze ustawie o ZOZ-ach nie ma instrumentów prawnych, które umożliwiłyby rzeczywistą regulację i racjonalizację rozmieszczenia szpitali. Organami założycielskimi ZOZ-ów są samorządy terytorialne i minister nie ma uprawnień do regulowania tych spraw. Być może sytuacja zmieni się po uchwaleniu nowej ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych ZOZ-ów, która znajduje się w Sejmie. Przewiduje się tam utworzenie krajowej sieci szpitali o ściśle zdefiniowanych poziomach referencyjnych i standardach udzielania świadczeń zdrowotnych.

Na razie szpitale masowo wypowiadają umowy z NFZ. W drugiej połowie roku, bo do końca czerwca na ogół obowiązują okresy wypowiedzenia, może w ogóle nie będzie się gdzie leczyć.

W tej sytuacji jedyną pociechą może być fakt, że w projekcie nowej ustawy regulującej system opieki zdrowotnej zapisano upoważnienie dla ministra zdrowia, który będzie mógł określić kryteria przyznawania przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, wysokości ich refundacji, podstawowych kryteriów ich przyznawania i limitu. Resort zapewnia, że weźmie pod uwagę wszystkie licznie zgłaszane postulaty w tej kwestii, ale przy ich uwzględnianiu będzie musiał wziąć pod uwagę nie tylko przesłanki merytoryczne, ale i możliwości finansowe. Na razie dofinansowano niektóre organizacje pozarządowe walczące z niepełnosprawnością: środki z puli 3 mln zł przypadły m.in. Polskiemu Związkowi Głuchych, Polskiemu Związkowi Niewidomych, Polskiemu Towarzystwu Walki z Kalectwem czy Towarzystwu Pomocy Głuchoniewidomym. Cierpiący na NTM jak wcześniej mogą w kwestii refundacji - w przypadkach innych niż schorzenia przewlekłe - liczyć tylko na zmiłowanie prezesa NFZ lub z jego upoważnienia dyrektora oddziału, który jest władny wydać odpowiednią decyzję. Akces do Unii Europejskiej też nie będzie miał bezpośredniego wpływu na ewentualne zmiany w finansowaniu profilaktyki i promocji zdrowia.

Tymczasem na świecie zachęca się do udziału w promocji zdrowia choćby aptekarzy. Karta Ottawska, uchwalona w 1986 r. swego rodzaju konstytucja promocji zdrowia, propaguje wykorzystywanie okien wystawowych aptek do prowadzenia kampanii zdrowotnych, zapewnianie przez farmaceutę informacji dotyczących zdrowia czy dotyczących stowarzyszeń osób przewlekłe chorych. Programy opieki farmaceutycznej wdrażają kompleksowo Dania, Finlandia, Niemcy, Portugalia i Wielka Brytania. W Polsce niestety apteki są witryną walki reklamowej firm farmaceutycznych, a nawet nie we wszystkich można nabyć środki pomocnicze w tej skromnej ilości refundowanej przez NFZ.

Międzynarodowe standardy zalecają, aby chory na NTM dysponował co najmniej dwiema pieluchami dziennie i jedną, bardziej chłonną, nocną. W Szwecji produkty te można otrzymać bezpłatnie bez żadnych ograniczeń ilościowych. W Holandii pacjent dostaje bezpłatnie 5 sztuk wybranych produktów dziennie, przy czym lekarz ordynuje daną grupę produktów, a indywidualnie do pacjenta pomagają dobrać farmaceuci. W Wielkiej Brytanii chory otrzymuje je bezpośrednio od dostawcy, do domu. W Polsce udało się z trudem wywalczyć, aby środki te nie były dostępne tylko w jednej aptece na całe województwo.

Lesław Abramowicz
Prezes NFZ

Na pewno w obecnej sytuacji nie pomaga nam kryzys rządowy. Nie wiadomo, czy będzie wotum zaufania wobec premiera, czy w ogóle będzie nowy premier. Mimo to staramy się na bieżąco rozmawiać z rządem i z Ministerstwem Zdrowia, i liczymy na to, że pewne rzeczy uda się załatwić.

Michał Kamiński
Wiceprezes NFZ ds. Medycznych

Nasze obecne priorytety to pilne przejście na wiarygodną sprawozdawczość katalogową, leczenie ambulatoryjne i onkologia kliniczna. Co się tyczy problemu NTM, dokładne korekty katalogów nastąpią po otrzymaniu bardzo wnikliwej sprawozdawczości. Niewykluczona jest nawet weryfikacja katalogów na ten rok; musimy oszacować skalę problemu i jeśli to będzie zasadne, zostaną wprowadzone odpowiednie zmiany.

Józef Góralczyk
Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych

Cały czas rozmawiamy z NFZ i wiem, że pracuje on nad pewnym programem, który ułatwi zaopatrzenie w środki pomocnicze i materiały stomijne. Chodzi o to, że pacjent, aby otrzymać refundowane środki, będzie tylko raz na rok zgłaszał się do lekarza - a nie raz na miesiąc, jak obecnie. Chory otrzyma specjalną książeczkę, w którą będzie wpisany przyznany „przebieg” - niestety, będzie to tak jak dotąd 60 sztuk pieluchomajtek miesięcznie. Program powinien być gotowy do końca maja, o ile nie zajdą nieprzewidziane opóźnienia, bo często w NFZ „nie wie lewica, co czyni prawica”. Przykładem jest to, że mimo wprowadzenia w całym kraju otwartego systemu zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze w wielu województwach wciąż występują duże problemy. Kolejki do aparatów słuchowych gdzieś sięgają trzech lat. Przecież to nie tylko brak pieniędzy, bo w starym systemie czas oczekiwania był dwukrotnie mniejszy. Nie wiem, czy to zła wola urzędników, czy pieniądze są przerzucane gdzieś indziej. Najlepiej jest w Małopolsce i na Śląsku, czyli tam, gdzie system otwarty działał już wcześniej. To oznacza, że potrzeba czasu, żeby przekonać urzędników do lepszych rozwiązań. Najgorsze jest to, że lekceważą się głosy społeczeństwa. Marzę o zasadzie subsydialności, takiej jak w Niemczech, gdzie pierwszeństwo ma człowiek i organizacje pozarządowe, gdzie ten, kto chce pomagać, ma po temu warunki.

Piotr Kostro
Prezes Ogólnopolskiej Izby Wyrobów Medycznych Polmed

Nie ma pomysłu na służbę zdrowia. Szacujemy, że w tej chwili na opiekę zdrowotną potrzebne byłoby 20 proc. PKB, a do tego jeszcze 10 proc. na wyrównanie zaszczości. Co się tyczy szpitali, poprzedni rząd szedł w zaparte. Nie było żadnych konkretnych dla poważnie zadłużonych placówek. Ani jeden postulat z Okrągłego Stołu rządu i środowisk medycznych nie został zrealizowany. Rząd widzi problem, ale przerzuca ten gorący kartofel do samorządów. Zapomina, że problemy służby zdrowia dotyczą wszystkich. Do tego panuje chaos polityczny.

Agnieszka Gołąbek
Rzecznik Prasowy Ministerstwa Zdrowia

Rada Ministrów dostrzega problemy osób niepełnosprawnych, czego wynikiem jest ich odzwierciedlenie w głównych dokumentach polityki zdrowotnej. Przykładem tego jest uznanie niepełnosprawności za jeden z podstawowych problemówznaczonych w Narodowym Programie Zdrowia. Celem strategicznym w tym dokumencie jest potrzeba stworzenia warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się lub całkowity powrót do czynnego życia.

W ramach prac nad projektem nowej ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych przewiduje się utrzymanie wszystkich dotychczasowych uprawnień osób niepełnosprawnych i przewlekłe chorych w zakresie świadczeń zdrowotnych. Dotyczy to w szczególności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (dostęp wszystkich niepełnosprawnych, w tym inwalidów wojennych, wojskowych i osób represjonowanych); leczenia uzdrowskiego (szczególnie uprawnienia osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności - nie płać za pobyt i wyżywienie); świadczeń rehabilitacyjnych, pielęgnacyjnych i innych, w tym udzielanych w formie środowiskowej (w domu pacjenta). Ponadto proponuje się ustawowe uregulowanie tzw. otwartego systemu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Należy też podkreślić, że w umowach NFZ ze świadczeniodawcami wprowadzane są postanowienia zobowiązujące do zapewnienia dostępności lokali, miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych dla niepełnosprawnych, a także rejestracji np. przez telefon.